

ESTUDO SOBRE OS LIMITES E POSSIBILIDADES DO PROGRAMA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR EM DESOSPITALIZAR DOENTES PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICO DEGENERATIVAS NA REGIONAL DE SAÚDE DO PARANOÁ.

STUDY ON THE LIMITS AND POSSIBILITIES OF THE HCP “DESOSPITALIZAR” IN PATIENTS WITH CHRONIC DEGENERATIVE DISEASES IN THE REGIONAL HEALTH OF PARANOÁ.

ESTUDIO SOBRE LOS LÍMITES Y POSIBILIDADES DE LO PROGRAMA DE HOSPITALIZACIÓN A CASA EN DESHOSPITALIZAR PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÔNICO DEGENERATIVAS EN LA REGIONAL DE SALUD PARANOÁ.

Camila Reis Santana¹ Elioenai Dornelles Alves²

RESUMO

O presente projeto de pesquisa se propõe a avaliar as possibilidades, desafios e impactos das ações de saúde realizadas pelo Programa de Internação Domiciliar (PID), efetivado no Núcleo Regional de Atenção Domiciliar (NRAD), quanto à desocupação de leitos hospitalares ocupados pela população da regional do Paranoá. Trata-se de estudo descritivo onde foi aplicado o instrumento já validado com título, Sistema de Classificação de Pacientes: construção e validação de um instrumento. (PERROCA. M.G.; GAIDZINSKI, R.R., et al, 1998). O período

de coleta de dados foi entre janeiro e março de 2013 no NRAD do Paranoá. Foram analisados os 29 pacientes portadores de doenças crônico- degenerativas que se encontram em internação domiciliar. A partir dos escores dos 29 pacientes internados no presente programa, se constata que 13 pacientes requerem cuidados mínimos (44,82%) e igualmente 13 pacientes requerem cuidados intermediários (44,82%). Desta forma, conclui-se que os dados obtidos nesta pesquisa apontam que os limites e as possibilidades do Programa de Internação Domiciliar em desospitalizar doentes portadores de doenças crônico degenerativas na Regional de Saúde do Paranoá estão privilegiando pacientes internados com escores abaixo das pré-estabelecidas de acordo com os critérios do programa através da escala utilizada para um cuidado intermediário.

Descritores: Assistência Domiciliar. Pacientes Domiciliares. Serviços Hospitalares de Assistência Domiciliar.

¹ Enfermeira e Licencianda na Universidade de Brasília, Telefones: (61) 81028048, e-mail: milaenf@hotmail.com. Bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica no Projeto de Pesquisa “Limites e Possibilidades do Programa de Internação Domiciliar desocupar leitos hospitalares ocupados por Portadores de doenças Crônico-Degenerativas no Paranoá-DF”.

² Professor Dr. do Departamento de Enfermagem, ENF/UNB e Orientador no Projeto “Limites e Possibilidades do Programa de Internação Domiciliar desocupar leitos hospitalares ocupados por Portadores de doenças Crônico-Degenerativas no Paranoá-DF. E-mail: nesprom2013@gmail.com

ABSTRACT

This research project intends to evaluate the possibilities, challenges and impacts of health actions made by Home Care Program (PID), effected at the Regional Center for Home Care (NRAD), about the vacancy of hospital beds occupied by people from Paranoá's Regional.

It is a descriptive study where was applied an validated instrument with title, Classification System for Patients: construction and validation of an instrument. (PERROCA. M.G.; GAIDZINSKI, R. R., et al, 1998).

The data collection period was between January and March 2013 in Paranoá's NRAD. Were analyzed 29 patients with chronic degenerative diseases who are in home care. On scores of 29 patients admitted in this program, it was found that 13 patients require minimal care (44.82%) and 13 patients, equally, require intermediate care (44.82%).

So, it is concluded that the obtained data in this research indicates that the limits and possibilities of the Regional Center for Home Care Program (NRAD) in "desospitalizar" (take out of the hospital) patients with chronic degenerative diseases at Paranoá's Regional Health are favoring patients admitted with scores below the pre-established ones, according to criteria of the program through the scale used for intermediate care.

Keywords: Home Nursing. Homebound Persons. Home Care Services.

RESUMEN

Este proyecto de investigación se propuso evaluar las posibilidades, desafíos y impactos de la salud en lo Programa de Hospitalización a Casa (PID) , efectuado en el Centro Regional de Atención Domiciliaria (NRAD) , con respecto a la evacuación de las camas hospitalarias ocupadas por la población de la regional Paranoá. Se trata de un estudio descriptivo en el que se aplicó el instrumento que ha sido validado con el título: "El Sistema de Clasificación de Pacientes: desarrollo y validación de un instrumento". (PERROCA. M. G.; GAIDZINSKI, R. R., et al, 1998). El período de recolección de datos fue entre enero y marzo de 2013 en NRAD Paranoá. Se analizaron 29 pacientes con enfermedades crónico degenerativas que están en la atención domiciliaria. A partir de las puntuaciones de los 29 pacientes ingresados en este programa, resulta que 13 pacientes requieren cuidados mínimos (44,82 %) y 13 pacientes también requieren de cuidados intermedios (44,82 %). Por lo tanto, se le concluye que los datos obtenidos en este estudio indican que los límites y las posibilidades de lo Programa de Hospitalización a casa en deshospitarizar enfermos con molestias crónico degenerativas en la regional de salud Paranoá están a favor de los pacientes ingresados con puntuaciones por debajo de lo preestablecido de acuerdo

con los criterios del programa a través de la escala utilizada para cuidados intermedios.

Descriptores: Atención Domiciliaria de Salud. Personas Imposibilitadas. Servicios de Atención a Domicilio Provisto por Hospital

INTRODUÇÃO

O modelo de saúde no Brasil tem como base organizacional a característica de ser hospitalocêntrico, hierarquizado e estruturado para atender condições agudas acionadas pela demanda populacional. Assim, é comum observar nos hospitais condições sensíveis à atenção primária que se somam às internações hospitalares de portadores de doenças crônico-degenerativas que poderiam ser alocadas em serviços de internação domiciliar.

Além disso, observa-se que apesar da competência no tratamento das doenças, a assistência hospitalar tornou-se ineficaz na resolutividade de algumas delas, elevando a média de permanência dos pacientes internados e favorecendo a re-internação dos mesmos sem sanar o problema que motivou à internação. Desta forma, o Programa de Internação Domiciliar (PID) implantado pelos Núcleos Regionais de Atenção Domiciliar (NRAD) representa uma estratégia na reversão da atenção centrada nos hospitais e proporciona a elaboração de uma nova

sistemática de atenção em saúde e na humanização desta atenção.

A atenção domiciliar está presente na formulação das políticas públicas de saúde e de assistência social, na gestão e nas demais práticas em serviços de saúde. Em abril de 2002, foi sancionada, pelo Ministério da Saúde, a Lei nº 10.424 que estabelece, no âmbito do SUS, o atendimento e o PID. Essa Lei inclui, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, necessários ao cuidado integral dos usuários em seu domicílio⁽¹⁾.

As modalidades de atenção domiciliar compreendem ações de promoção, prevenção e reabilitação. Ocorrem no domicílio e compreendem os níveis de cuidados de atenção primária, secundária e terciária. No caso específico da internação domiciliar, esta deve atingir o conjunto de usuários com quadros clínicos mais graves, porém estáveis, que exijam cuidados mais complexos e com necessidade de tecnologia especializada, que superam aqueles que possam ser oferecidos pela Atenção Primária e que não possua autonomia para deslocar-se e que possa ser des-hospitalizado sem risco⁽²⁾.

A construção do novo modelo assistencial tem como meta a redução do tempo de internação hospitalar, valorizando novos espaços e novas formas de organização das tecnologias. Neste contexto, surge o

serviço de assistência domiciliar com a finalidade de proporcionar suporte técnico e estrutural à família no retorno e manutenção do doente ao domicílio⁽³⁾.

Os objetivos delineados para o PID são: humanizar o atendimento e o cuidado ao paciente, garantir cuidados e insumos mínimos com economia da hotelaria, redução de internações e re-internações, disponibilização de leitos hospitalares e, consequentemente redução de custos de assistência; desenvolver parceria entre a equipe de saúde e o paciente- família no processo de tomada de decisões relacionados ao cuidado a saúde, com responsabilidade equitativamente distribuída⁽⁴⁾.

Nos últimos anos, em decorrência da transição demográfica e epidemiológica, a população está envelhecendo e com isso há o aumento da prevalência de doenças crônicas, o que eleva os custos assistências em saúde. Dessa forma, surge à necessidade de alternativas assistenciais para atender a essa crescente demanda. Hoje, a utilização do domicílio como espaço de atenção busca racionalizar a utilização dos leitos hospitalares e os custos da atenção, além de construir uma nova lógica de atenção centrada na vigilância à saúde e na humanização da atenção⁽¹⁾.

As iniciativas de atenção domiciliar vinculadas a hospitais quase sempre se orientam para a desospitalização precoce,

diminuição dos custos hospitalares, para a humanização da atenção, prevenção de riscos, bem como para ampliar os espaços de atuação da equipe multiprofissional de saúde. São direcionados a grupo de usuários que atendem à critérios de inclusão e exclusão adotados para admissão no PID e estabelecidos pelo NRAD, e está subdividido em critérios clínicos, administrativos e assistenciais, que quando somados e avaliados, definem se o paciente tem perfil para ser admitido no Programa.

Embora se reconheça a evolução em relação à legislação que regulamenta a atenção domiciliar como modalidade de assistência no País, sua proposição não fez parte do projeto original do SUS, tendo sido incorporada ao sistema como complementar⁽¹⁾.

A partir da alta hospitalar torna-se fundamental uma parceria entre hospital e domicílio, integrando a atuação nesses dois espaços de modo a permitir a continuidade da assistência com maior efetividade das ações, diminuição das reinternações e, por conseguinte, redução de custos na saúde⁽⁴⁾.

O Paranoá foi instalado como uma comunidade no Distrito Federal na década de 2007, como parte da programação oficial da SES-DF com o apoio político do Ministério da Saúde. O NRAD do Paranoá iniciou suas atividades no final dos anos 2000, com uma equipe constituída de profissionais para a

atenção domiciliar preconizada pelo programa como: técnicos de enfermagem, médicos, enfermeiros, motoristas.

O presente projeto de pesquisa se propõe avaliar as possibilidades, desafios e impactos das ações de saúde realizadas pelo Programa de Internação Domiciliar (PID), efetivado no Núcleo Regional de Atenção Domiciliar (NRAD), quanto à desocupação de leitos hospitalares ocupados pela população da regional do Paranoá.

MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo, desenvolvido junto ao Programa de Internação Domiciliar (PID), efetivado no Núcleo Regional de Atenção Domiciliar (NRAD), da regional do Paranoá-DF. O Programa vem atendendo uma população de 29 pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas que se encontram em internação domiciliar.

O projeto foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS e aprovado em Maio de 2011. Os dados foram coletados no período de janeiro a março de 2013, a partir da leitura dos 29 prontuários* dos pacientes que se encontram neste programa, com o intuito de investigar quais

eram as complexidades dos cuidados prestados- cuidados mínimos, intermediários, semi-intensivos e intensivos, para definir o potencial de des-hospitalização efetiva por meio da internação domiciliar. O instrumento utilizado para pontuar a complexidade de cuidados requeridos para cada paciente foi retirado da escala do artigo Sistema de Classificação de Pacientes: Construção e Validação de um Instrumento.

Entre os pacientes internados, havia 14 mulheres e 15 homens. As doenças crônicas degenerativas presentes eram: pacientes com sequelas de acidente vascular cerebral, em cuidados paliativos de câncer, síndromes genéticas variadas e trauma crânio encefálico por acidente ou por arma de fogo.

Foi realizado um levantamento bibliográfico na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com os descritores assistência domiciliar, pacientes domiciliares, serviços hospitalares de assistência domiciliar e foram encontrados um total de vinte e um artigos. Utilizaram-se os seguintes critérios de exclusão para definir os artigos a serem selecionados: artigos publicados nos últimos dez anos e artigos completos. Após a seleção dos artigos indexados foi realizada uma leitura superficial do material obtido, para selecionar o que é de interesse para a pesquisa. Após a definição dos critérios de exclusão e a partir de uma leitura minuciosa dos artigos encontrados, foram excluídos oito

* Durante o período de coleta de dados houve auxílio da graduanda em Enfermagem pela UnB Ana Patrícia Fernandes Melo, que participou, em etapa distinta, do projeto do mesmo orientador.

artigos, totalizando um número de quatro artigos selecionados.

RESULTADOS

Foram obtidas informações dos prontuários dos 29 pacientes do NRAD que se encontram em internação domiciliar. As informações analisadas são voltadas diretamente à classificação do grau de complexidade assistencial dos pacientes internados com a respectiva pontuação do escore obtido.

O SCP é um processo no qual se procura categorizar pacientes de acordo com o grau de complexidade da assistência de enfermagem requerida. Com o objetivo de nortear a classificação de pacientes por tipo de cuidado, PERROCA E PERROCA; GAIDZINSKI⁽⁵⁾ construíram um instrumento baseado nas necessidades individualizadas de cuidado de enfermagem. Na elaboração deste instrumento optou-se por uma estruturação mediada pela avaliação de indicadores, baseados nas necessidades humanas básicas preconizadas por Horta.

O instrumento utiliza 13 indicadores críticos que não se restringem apenas à esfera biológica, mas que consideram também a dimensão psicossocial do cuidado. Os 13 indicadores críticos considerados para compor o instrumento são: Estado Mental e Nível de Consciência; Oxigenação; Sinais Vitais;

Nutrição e Hidratação; Motilidade; Locomoção; Cuidado Corporal; Eliminações; Terapêutica; Educação à Saúde; Comportamento; Comunicação e Integridade Cutâneo- Mucosa. Um programa que ajude o cuidador a cuidar de si, uma vez que foram verificadas que a sobrecarga de trabalho a que este está sujeito, gera impactos negativos na saúde dos mesmos⁽⁵⁾.

Cada um dos indicadores possui gradação de 1 a 5, objetivando apontar a intensidade crescente de complexidade do cuidado, de forma que, o valor 1 corresponde ao menor nível de atenção de enfermagem e o valor 5, ao nível máximo de complexidade assistencial. O paciente é classificado em todos os indicadores, em um dos cinco níveis, na opção que melhor descreva a sua situação com relação à assistência de enfermagem. O valor obtido individualmente, em cada um dos indicadores, é então somado e o total obtido é comparado com pontuações existentes em um quadro conduzindo, dessa forma, a uma classe ou categoria de cuidado a que este paciente pertence como segue: cuidados mínimos (13 a 26 pontos), cuidados intermediários (27 a 39 pontos), cuidados semi-intensivos (40 a 52 pontos) e cuidados intensivos (53 a 65 pontos).

O instrumento de classificação de pacientes de Perroca apresenta os seguintes intervalos de pontuações nas quatro categorias de cuidado: cuidados mínimos 13a 26 pontos;

cuidados intermediários 27 a 39 pontos; cuidados semi-intensivos 40 a 52 pontos e cuidados intensivos 53 a 65 pontos⁽⁵⁾.

Dos 29 pacientes assistidos, havia 14 mulheres e 15 homens. As doenças crônicas degenerativas presentes eram: pacientes com sequelas de acidente vascular cerebral, em cuidados paliativos de câncer, síndromes genéticas variadas e trauma crânio encefálico por acidente ou por arma de fogo.

Quanto ao perfil socioeconômico os pacientes assistidos são de classe média baixa e de baixa escolaridade. O presente programa fornece materiais e insumos específicos para o cuidado, cabendo aos pacientes e familiares prover a alimentação, cuidados pessoais de higiene, manutenção da moradia e a presença do cuidador.

Antes da internação domiciliar, foi observado que os pacientes já vinham sendo assistidos por seus respectivos cuidadores há vários anos. Esses cuidadores são em geral um membro da família, do sexo feminino, de baixa escolaridade e se encontram sobrecarregados com as obrigações de cuidador. Dessa forma, tão importante quanto o paciente, destaca-se a necessidade de atenção com a saúde dos cuidadores.

A partir da análise do escore registrado no prontuário de cada paciente do NRAD Paranoá, foi possível construir a discussão da real necessidade da internação domiciliar no presente programa e qual a

necessidade de cuidados requeridos por cada paciente.

DISCUSSÃO

O atendimento domiciliar é uma forma de encorajar o sujeito para a conquista de sua autonomia e realçar suas habilidades e potencialidades em um ambiente ao qual se encontra habituado.⁽⁶⁾

O cuidado dos profissionais de saúde para com a pessoa que se encontra em seu próprio lar, promove o bem estar, além de contribuir para a qualidade de vida e para a manutenção do estado de saúde do indivíduo, evitando assim, o cuidado hospitalar.⁽⁷⁾

É possível perceber que o atendimento domiciliar envolve a realização de ações educativas como a orientação, demonstração de procedimentos técnicos realizados a serem delegados ao paciente ou ao seu cuidador, ou cuidados multiprofissionais que são realizados no domicílio do cliente⁽⁸⁾.

Para LACERDA, et al, 2006, p.92: “O atendimento domiciliar é, portanto, um conjunto de ações que busca a prevenção de um agravo à saúde, a sua manutenção por meio de elementos que fortaleçam os fatores benéficos ao indivíduo e, concomitantemente, a recuperação do cliente já acometido por uma doença ou seqüela”⁽⁸⁾.

O Programa de Internação Domiciliar no Brasil é um novo modelo de des-

hospitalização que presta serviços de assistência à saúde ao paciente em seu domicílio, criando condições para que haja continuidade do tratamento, sem que haja perda de qualidade e efetividade do cuidado ao paciente, além de promover assistência ao cuidador⁽⁸⁾.

Na modalidade de internação domiciliar o cuidado é muitas vezes pautado em normas e rotinas padrões e institucionalizadas, sem muitas vezes, considerar a individualidade e os hábitos de vida dos usuário e da família, adequando o processo de cuidar à realidade dos mesmos. Com o ressurgimento dessa modalidade, há a necessidade de os profissionais buscarem atualização e qualificação profissional, para atuar nesse campo de trabalho, espaço que trará grandes perspectivas para o profissional, visto os fatores que favorecem a implementação desse modelo⁽⁹⁾.

Após a coleta dos dados dos 29 pacientes internados no período de janeiro a março de 2013 no NRAD do Paranoá foi possível elaborar duas tabelas constando os escores destes 29 pacientes e analisar a respectiva categoria de cuidados requeridos. Havia 14 mulheres e 15 homens internados.

Tabela 1- Categoria de cuidados requeridos de acordo com a pontuação do Sistema de Classificação de Pacientes e o número de pacientes pesquisados e identificado o sexo.

Categoria de cuidados	Quantidade de pacientes	Sexo Masculino e Feminino
Mínimos	13	6F e 7M
Intermediários	13	6M e 7F
Semi-Intermediários	03	3M e 0F
Intensivos	0	0
Total	29	29

Tabela 2- Categoria de cuidados requeridos e a porcentagem dos pacientes.

Categoria de cuidados	Quantidade de pacientes	Porcentagem
Mínimos	13	44,82%
Intermediários	13	44,82%
Semi-Intermediários	03	10,34%
Intensivos	0	0%
Total	29	100%

Dentre os escores coletados, 13 pacientes estão classificados nos Cuidados Mínimos (13 a 26 pontos), 13 pacientes classificados nos Cuidados Intermediários (27 a 39 pontos), 03 pacientes classificados em Cuidados Semi-Intensivos (40 a 52 pontos) e nenhum paciente classificado em Cuidados Intensivos (53 a 65 pontos).

CONCLUSÃO

O presente artigo pretende propor uma reflexão sobre as modalidades da atenção domiciliar à saúde e possui suma importância, pois contribuirá significativamente para o fortalecimento de políticas públicas relacionadas ao programa de internação domiciliar no âmbito do SUS, gerando conhecimento sobre os limites e possibilidades na des-hospitalização desta população que poderá fomentar análises futuras para as demais Regionais de Saúde do Distrito Federal, além de auxiliar os profissionais na aquisição de subsídios teóricos para uma prática fundamentada em evidências.

A implementação da atenção domiciliar requer uma reflexão sobre concepções de saúde, qualidade de vida e segurança do paciente, que orientam a organização das práticas no domicílio. É preciso considerar elementos como a integralidade da assistência, a racionalidade econômico-financeira, os sujeitos do cuidado e a articulação dos profissionais, cuidadores e familiares, com os demais serviços de saúde, para que a prática assistencial seja planejada, sistematizada, organizada e documentada.

Os cuidadores são tão importantes quanto os pacientes, que muitas vezes são sobrecarregados pela árdua dedicação ao paciente e são peças ímpares para o processo do cuidado. Destaca-se portanto, a

necessidade de um programa que ampare o cuidador para cuidar de si, devido a sobrecarga de trabalho a que este está sujeito, que pode gerar impactos negativos na saúde dos mesmos e refletir no cuidado com o ser cuidado, além de um programa que promovam a saúde, o bem estar e o envelhecimento saudável.

A partir dos escores dos 29 pacientes internados no presente programa, se constata que 13 pacientes requerem cuidados mínimos (44,82%) e igualmente 13 pacientes requerem cuidados intermediários (44,82%). Porém, de acordo com o escore do Sistema de Classificação de Pacientes, o atendimento do NRAD é destinado a cuidados intermediários, ou seja, de pacientes pontuados entre 27 a 39.

Desta forma, conclui-se que os dados obtidos nesta pesquisa apontam que os limites e as possibilidades do Programa de Internação Domiciliar em desospitalizar doentes portadores de doenças crônico degenerativas na Regional de Saúde do Paranoá estão privilegiando pacientes internados com escores abaixo das pré-estabelecidas de acordo com os critérios do programa através da escala utilizada para um cuidado intermediário. Será necessário aplicar uma escala que melhor se adeque as necessidades do serviço o que traria um adequado atendimento para a população necessitada desse serviço. Logo, é fundamental que se estabeleça uma reestruturação das políticas de

atenção domiciliar nesse serviço, bem como as atribuições das equipes e das famílias, além da construção de relações mais articuladas e cooperativas para a construção de instrumentos que realmente atendam os pré-requisitos propostos pelo programa de internação domiciliar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SILVA, K.L, et. al. **Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial.** Rev. Saúde Pública vol.44 nº.1 São Paulo Feb. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102010000100018

2. BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 2.529 DE 19 DE OUTUBRO DE 2006.** Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2529.htm>

3. SILVA, K.L, et al. **Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde.** Rev. Saúde Pública vol.39 no.3 São Paulo June 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102005000300009&script=sci_arttext

4. MESQUITA, R.A.M, et al. **Programa interdisciplinar de internação domiciliar de Marília-SP: custos de recursos materiais consumidos.** Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.13 no.4 Ribeirão Preto July/Aug. 2005. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000400014

5. PERROCA. M.G.; GAIDZINSKI, R.R. **Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento.** Rev.Esc.Enf.USP, v.32, n.2, p. 153-68, ago.

1998. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v36n3/v36n3a05.pdf>

6. DUARTE; DIOGO apud LACERDA, et al, 2006. **Internação domiciliar: o perfil dos pacientes assistidos pelo Programa HU em casa.** Physis vol.21 no.1 Rio de Janeiro 2011. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312011000100009&script=sci_arttext

7. THOMÉ; DYKES, HALLBERG , apud LACERDA, et al, 2006. **Atenção à Saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática.** Saúde e Sociedade v.15, n.2, p.88-95, maio-ago 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v15n2/09.pdf>

8. LACERDA, et al, 2006. **Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática.** Saude soc.vol.15 nº 2 São Paulo May-Aug. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s010412902006000200009&script=sci_arttext

9. MAROLDI, M.A.C. **Internação Domiciliar: Caracterização de Usuários e Cuidadores.** Rev. Cuidarte vol 6, nº 1, Catanduva- SP. 2012 janeiro-junho; 6(1):24-29. Disponível em: <http://fundacaopadrealbino.org.br/facfipa/ner/pdf/CuidArte%20Enfermagem%20v%206%20n%201%20jan.%20jun.%202012.pdf>

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2013-11-18

Last received: 2014-01-13

Accepted: 2014-01-19

Publishing: 2014-02-28